**DATOS PERSONALES DE TRABAJADOR/A**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE TRABAJADOR/A** |  | | |
| **RUT** |  | | |
| **EMPRESA** |  | | |
| **CARGO** |  | | |
| **ÁREA** |  | | |
| **JEFE/SUPERVISOR DIRECTO** |  | | |
| **DIRECCIÓN PARTICULAR** |  | | |
| **COMUNA** |  | **TELÉFONO PERSONAL** |  |

**DATOS DE LA ENFERMEDAD**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **¿CUÁLES SON LAS FUNCIONES DEL TRABAJADOR/A?:** | | |
| **DESCRIBA LAS MOLESTIAS O SÍNTOMAS QUE ACTUALMENTE TIENE EL TRABAJADOR/A:** | | |
| **PARTE/S DEL CUERPO AFECTADA/S:** |  | |
| **HACE CUANTO TIEMPO LOS PRESENTA:** |  | |
| **HABIA PRESENTADO ESTOS SÍNTOMAS ANTERIORMENTE:** | | |
| **HAN EXISTIDO CAMBIOS EN SU RUTINA NORMAL DIARIA DE TRABAJO:** | | |
| **CUAL CREE QUE ES LA CAUSA DE ESTOS SÍNTOMAS :** | | |
| **FIRMA DEL TRBAJADOR/A** | |  |

**DATOS LABORALES**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **HORARIO LABORAL:** | | **DE: A:** | | **OBSERVACIÓN:** | **ART. 22** |
| **COMENTARIOS DEL JEFE/SUPERVISOR DIRECTO:** | | | | | |
| **NOMBRE SUPERVISOR/JEFE DIRECTO** | | | | | |
| **FIRMA** |  | | **FECHA** |  | |
| |  | | --- | | **Este formulario debe ser enviado a: accidenteslaborales@banmedica.cl**  **Consultas respecto al procedimiento a: Georgeanna Child al 562 2782 5636 o a Constanza Duarte al 562 2782 5773.** | |  | | | | | | |